

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Mai 1893, à 1 heure

Par R. CORDEBART,

Né à Angoulême (Charente), le 8 août 1866.

Ancien interne des hôpitaux du Havre,

Médaille d'argent du Ministère de l'intérieur (Choléra du Havre de 1892).

TRAITEMENT
DES VARICES ET DE L'ULCÈRE VARIQUEUX
DU MEMBRE INFÉRIEUR

Par la Ligature et la Résection de la Saphène interne

Président : M. TILLAUX, professeur.

Professeur : M. FOURNIER.

Agrégés : MM. { DEJERINE.
DEL BET.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Mai 1893, à 1 heure

Par R. CORDEBART,

Né à Angoulême (Charente), le 8 août 1866.

Ancien interne des hôpitaux du Havre,

Médaille d'argent du Ministère de l'intérieur (Choléra du Havre de 1892).

TRAITEMENT
DES VARICES ET DE L'ULCÈRE VARIQUEUX
DU MEMBRE INFÉRIEUR

Par la Ligature et la Résection de la Scaphène interne

Président : M. TILLAUX, professeur.

Professeur : M. FOURNIER.

Agrégés : MM. { DEJERINE.
DEL BET.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SÉE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TILLAUX.
		LE FORT.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET A CELLE DE MON BEAU-FRÈRE.

A MA MÈRE.

A MA SŒUR.

A MES FRÈRES.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX.

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié,

Professeur de Clinique chirurgicale,

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'honneur,

INTRODUCTION

Guérir radicalement les varices du membre inférieur et en modifier la circulation au point de rendre toute récurrence impossible est un problème que se sont posé les chirurgiens de tous les temps.

Beaucoup de procédés ont été proposés, aucun ne satisfait à tous les cas ; il en est un qui, peut-être, offre quelques avantages sur les autres ; il a au moins celui de la nouveauté : c'est celui de la ligature de la saphène interne au niveau du canal de Hunter, avec résection partielle. Pratiqué d'abord par Trendelenbourg, M. le docteur Reynier professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon, l'a introduit en France, en y apportant quelques modifications. C'est l'étude de ce procédé que nous avons choisi comme sujet de notre thèse inaugurale.

Notre thèse renferme cinq chapitres :

Dans le premier, nous montrons les différentes phases que la question a parcourues, depuis Celse, jusqu'à nos jours.

Dans le deuxième chapitre, nous étudierons la valeur comparée de la méthode palliative avec

les différents appareils employés à cet usage ; de la méthode sanglante plus rapide et, nous pensons le démontrer, plus efficace dans un grand nombre de cas.

Dans un troisième chapitre, nous étudierons le manuel opératoire Treudelenbourg-Reynier.

Le quatrième chapitre sera consacré à déterminer les indications et les contre-indications de l'opération.

Enfin, le cinquième chapitre renfermera les observations que M. Remy et M. Reynier ont bien voulu nous fournir, et celles que nous avons prises dans son service.

Mais le premier devoir qui s'impose à nous est d'affirmer toute notre reconnaissance à notre premier maître dans les hôpitaux, M. le docteur Hanot, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Nous prions notre excellent maître, M. le docteur Reynier, de nous permettre d'écrire son nom en tête de ce travail. C'est lui qui l'a inspiré, et nous n'avons pour ainsi dire fait qu'y relater les résultats de sa pratique hospitalière. Nous sommes heureux de lui offrir ici l'expression de toute notre gratitude.

Nous remercions M. le docteur Remy, professeur agrégé, des précieux renseignements qu'il a bien voulu nous fournir.

Nous remercions MM. les professeurs Charcot, Tillaux, Pinard, de leurs excellentes leçons.

Nous offrons également le témoignage de notre reconnaissance à tous nos maîtres dans les hôpitaux du Havre.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Pour guérir les varices, toutes sortes de procédés ont été employés, les uns doux, les autres violents : un grand nombre appartiennent à la méthode sanglante, et une chose frappe dès l'abord : c'est que les moyens mis en œuvre ont été d'autant plus énergiques, qu'on se rapproche davantage des origines de la chirurgie. Les dangers auxquels sont exposés les malades soit par la rupture d'une poche variqueuse et l'hémorrhagie consécutive, soit par la phlébite et l'infection purulente, soit encore par l'ulcère qui accompagne si souvent la phlébectasie du membre inférieur, nous permettent de comprendre que les anciens n'aient reculé devant aucun moyen pour se débarrasser d'une telle affection.

L'extirpation date de plus de 2.000 ans, et le premier cas nous est conté par Plutarque (Traduction Amyot) : « C. Marius s'estant mis entre les

maines des chirurgiens, car il avait les cuisses et les jambes pleines de grosses veines, et s'en fascinant, parce que c'était chose laide à voir, bailla l'une de ses jambes au chirurgien pour y besongner, sans vouloir estre lié, comme a accoutumé de faire en cas semblable, et endura patiemment toutes les extrêmes angoisses de douleur qu'il estait forcé qu'il sentit quand on l'incisait, sans remuer, sans gémir ne soupirer, avec un visage constant et assuré, sans jamais dire un seul mot : mais quand le chirurgien ayant fait à la première, voulait aller à l'autre, il ne la voulut pas bailler, disant : je vois que l'amendement ne vaut pas la douleur qu'il en faut endurer. »

Celse, au premier siècle, décrit l'extirpation et s'en montre partisan.

A. Paré, pour diminuer l'afflux trop grand du sang dans les jambes, faisait parfois une simple incision dans la veine varique, et déclare en avoir souvent retiré *bonne et heureuse issue*. Dans d'autres cas, « on coupe souventes fois la veine en dedans de la cuisse, un peu au-dessus du genou, où à la plupart se trouve l'origine de production de la veine variqueuse, car, communément plus bas, elle se divise en plusieurs rameaux, en raison et quoi l'opération est plus malaisée..... La ligature doit être laissée, jusqu'à ce qu'elle tombe de soi-même. »

Plus tard, Dionis décrit d'une façon très précise l'opération telle qu'on la concevait à cette époque.

« La deuxième manière d'opérer est de marquer, avec de l'encre, la peau qui est sur la varice et de la marquer de la longueur de trois travers de doigts, de soulever ensuite cette peau en la pinçant, d'en tenir un côté, et de faire couper la peau à l'endroit marqué, et l'ayant relâché, de disséquer, avec un scalpel ou déchaussoir, le vaisseau variqueux. et passer par dessous une aiguille enfilée de deux fils, de couper ces fils proche l'aiguille, d'en couler un au-dessus de la varice, l'autre beaucoup au-dessous, de lier ces fils à un bon ponce l'un de l'autre pour avoir la liberté de couper la veine entre les deux fils avec des ciseaux ou de la laisser si on juge à propos. » (*Cours d'opérations de chirurgie démontrées au Jardin Royal*, Paris, 1714, 2^e édition.)

Par analogie avec les anévrysmes, Everard-Home pratiquait la ligature à distance dans le but de provoquer la coagulation du sang dans les tumeurs variqueuses. Mais de nombreux accidents, consécutifs à cette opération, la firent bientôt abandonner.

J.-L. Petit se montre nettement partisan de l'extirpation des tumeurs variqueuses et nous décrit sa manière d'opérer de la façon suivante : « A l'égard de leur destruction totale, je la pratique dans deux cas : lorsqu'il y a un gros paquet variqueux enflammé et douloureux, où on fait alors une ligature au-dessus et au-dessous et on emporte la tumeur avec une portion de peau : ou encore

lorsque la varice se trouve placée dans un lieu incommode et qu'elle cause quelque difformité apparente. »

Richeraud et Boyer ont eu recours à la même méthode et comptèrent plusieurs succès.

Mais c'était là une opération très longue, très douloureuse, et les complications en étaient terribles, souvent fatales. Il se fit une réaction analogue à celle qui s'était faite quelques années auparavant pour la cure radicale des hernies.

Lisfranc perd trois opérés sur cinq, d'infection purulente. Vidal de Cassis considère que faire courir un tel danger pour une simple infirmité est une mauvaise action.

Dupuytren redoute la phlébite au plus haut point.

Enfin, Velpeau et Nelaton abandonnent ce genre d'opérations et même s'y refusent complètement.

Redoutant les opérations sanglantes, les chirurgiens se mirent alors à étudier une autre méthode : la cautérisation.

Déjà elle était connue et employée par Celse qui voulait qu'on mît la veine variqueuse à découvert, pour en pratiquer la cautérisation directe et immédiate.

A. Paré : « Autre manière de couper la varice, c'est d'appliquer un cautère potentiel qui ronge et coupe la veine, puis se retire en haut et en bas. »

Mais c'est dans notre siècle que cette méthode prit sa plus grande extension, grâce aux travaux de Bonnet (de Lyon), et de ses élèves.

Bonnet employait au début la potasse caustique, qu'il laissa bientôt de côté pour la pâte de Canquoin, caustique coagulant par excellence. Voici le manuel opératoire. La veille de l'opération, on fait marcher le malade, de façon à dilater les veines du membre inférieur et à rendre évidente leur dilatation ; marquer avec de l'encre ces points dilatés et y appliquer le caustique le lendemain.

Quelque caustique que l'on mette en usage, il est important que la cautérisation soit assez profonde pour détruire toute l'épaisseur de la veine ; on s'exposerait sans cela, lors de la chute de l'escharre, à une hémorrhagie redoutable, à la phlébite, ou au moins à un résultat incomplet ;

Mais ce traitement offre plusieurs inconvénients, de l'aveu même de Valette, élève de Bonnet.

1^o La douleur est excessive ; la cautérisation doit être appliquée en deux ou trois points différents, et à la fois. Le chlorure de zinc détermine des douleurs prolongées ;

2^o L'opéré est condamné à un séjour prolongé au lit ; il faut au moins deux mois, pour que la cicatrisation des plaies soit complète ;

3^o Cette opération laisse parfois des cicatrices qui sont très désagréables ;

4^o La méthode n'est pas applicable à tous les

cas. Elle est inapplicable lorsque des paquets variqueux siègent au niveau du genou ou vers les malléoles.

5° La cautérisation a laissé quelquefois après elle des douleurs vives et persistantes. Enfin il faut ajouter qu'elle est souvent suivie de récidence.

Cette méthode, cependant, a parfois donné de bons résultats et, au moins, elle a eu le mérite de ne fournir que très peu de mortalité.

Une autre pratique, qui nous vient encore de l'Ecole de Lyon, est celle des injections coagulantes.

Valette injectait dans la poche veineuse de dix à quinze gouttes de liqueur iodo-tannique. Mais, au dire de Tedenat, l'enthousiasme de l'auteur des injections avait beaucoup diminué vers la fin de sa vie en matière d'intervention sur les varices.

Weinlechner modifia cette méthode ; il injectait dans la même séance, en des points multiples, trois à quatre gouttes de perchlorure de fer dilué au 3/225 dans les dilatations variqueuses les plus notables. Sur 32 opérés il eut 30 succès et 2 échecs ; mais sur les 30 succès il vit survenir un phlegmon de la jambe et 18 fois une gangrène limitée de la peau.

C'est là un procédé timide, capable il est vrai de procurer la guérison ; mais l'action coagulante est incertaine et l'on risque de provoquer un phlegmon circonscrit ou diffus, une phlébite avec septicémie et infection purulente et enfin par la gan-

grène des tissus on s'expose à une hémorrhagie redoutable.

Il nous reste encore un autre procédé à énumérer, c'est celui de la ligature des veines.

Delpech, le célèbre professeur de l'école de Montpellier, employait un procédé qui consistait à isoler les veines qu'il soulevait par un fragment d'amadou. D'ailleurs, Delpech a renoncé à ce procédé à la suite d'un fait malheureux qui eut un certain retentissement; le sujet opéré d'une varicocèle et mort à la suite de l'opération était le fils d'un général qui commandait à Montpellier.

Rigaud, professeur de clinique chirurgicale des facultés de Strasbourg et Nancy, employait la *méthode de l'isolement simple* (1875).

Elle consistait à disséquer la veine variqueuse et simplement à passer au dessous une bande de caoutchouc, ou encore une bande de toile.

« Ne pouvais-je pas espérer, dit Rigaud, que sous l'influence de la seule action de l'air, la rétraction du tissu veineux bien isolé de toutes parts, et peut-être aussi l'influence de l'air sur le sang, à travers la simple épaisseur des parois vasculaires, pourraient aller jusqu'à l'occlusion de la veine où des coagulum se formeraient et qu'elle serait ainsi définitivement oblitérée? »

Mais tous les opérés de Rigaud eurent de la fièvre; à chaque opération la température montait à 39° et même 40°. Plusieurs malades firent de la lymphangite, des phlegmons et quelques-

uns de l'érysipèle. Enfin trois fois la veine fut blessée et dans les trois cas l'opéré succomba. Mais « de ces trois cas, nous dit Rigaud, ce n'est pas la méthode qui en est responsable, c'est le chirurgien, c'est moi ».

Il faut avouer qu'un manuel opératoire qui fait courir de tels dangers aux malades lorsqu'il est pratiqué par un chirurgien de la valeur de Rigaud, ne pourra entrer dans la pratique journalière que bien difficilement.

La méthode de l'isolement simple ne tarda pas à tomber dans l'oubli.

Jusque-là, nous l'avons vu, toutes les méthodes employées, peut-être offraient-elles quelques résultats heureux, mais elles étaient toutes plus ou moins douloureuses, et surtout elles offraient toutes de grands dangers.

Survient la méthode antiseptique et avec elle de nouvelles études et surtout des résultats non moins brillants pour le traitement des varices que pour toutes les autres branches de la chirurgie.

C'est alors que Schede, Reisel, en Allemagne, Annaudale, Davis Colley, Marshal, en Angleterre, publient le résultat de leurs travaux. En 1880, Lucas-Championnière, en France, montre avec quels effets heureux on peut opérer les varices.

Madelung (de Rostock) en 1884, au XIII^e Congrès des chirurgiens allemands, publie le résultat de 11 extirpations de varices cirsoïdes et explique son procédé.

Procédé de Madelung appliqué seulement aux varices cirsoïdes de la jambe. — Enlever ces varices dans une grande étendue et appliquer au dessus et au dessous des ligatures sur les points où les veines sont encore saines. On peut revenir plusieurs fois sur le même membre.

Laugenbeck et Harke, de Berlin, ont souvent eu recours à cette méthode, mais conviennent qu'elle ne préserve pas plus de la récidive que les autres. Laugenbeck insiste même sur la fréquence et la promptitude avec lesquelles il se forme des varices au niveau même des points excisés.

Enfin, MM. Quenu, Schwartz et Reynier en ont fait, ces trois dernières années, l'objet d'une étude toute particulière.

CHAPITRE II

Nous venons d'étudier l'histoire des différents traitements par lesquels on se proposait de guérir les sujets atteints de varices du membre inférieur. Si l'on se rappelle combien leur nombre est grand, et pourtant nous n'avons passé en revue que les principaux, on se demandera immédiatement quel est le traitement palliatif et quels en sont les résultats ?

Le traitement palliatif consiste : 1° en moyens hygiéniques ; le malade devra éviter tout exercice violent et prolongé, supprimer les jarretières, les ceintures, enfin tout ce qui pourrait gêner la circulation en retour du membre inférieur ; observer la plus grande propreté ; 2° On entourera le membre variqueux depuis son extrémité jusqu'à une certaine hauteur, selon le point où s'arrête l'état variqueux, d'un appareil compressif, bandage roulé, bas lacé, bas élastique, ou encore le bas élastique lacé.

Ces conseils et ces différentes pratiques pour-

ront être suffisantes pour les personnes riches, mais comment pourrions-nous dire à un manouvrier : ne vous exposez à aucune fatigue, observez scrupuleusement toutes les règles de l'hygiène. Souvent les appareils que nous lui conseillons seront trop chers pour sa bourse.

De plus la compression ne pourra être employée chez les individus porteurs de varices tendues, menaçant de se rompre par ulcération, chez les malades portant des ulcères ; enfin chez beaucoup de malades elle fait naître ou augmente les douleurs d'une façon très notable.

La méthode palliative est donc insuffisante dans bon nombre de cas.

Aujourd'hui on pratique la cure sanglante des varices de différentes façons : on fait des incisions circulaires autour d'un ulcère variqueux, on résèque des portions plus ou moins grandes du réseau veineux de la jambe dans le but de supprimer une partie de la circulation qui est par trop abondante. Voici le manuel opératoire conseillé par M. Remy, chef des travaux d'histologie à la Faculté de médecine, et qu'il a eu l'extrême obligeance de nous communiquer :

Procédé de M. Remy

L'incision de la peau portera sur les paquets variqueux les plus saillants ; elle sera donc très-variable dans sa longueur et sa direction.

On en fait qui mesurent 35 centimètres ; du reste, quelques centimètres de plus ou de moins n'ont aucune influence sur la marche de la circulation qui reste la même. On a parfois laissé un pont de peau intacte, pour faciliter l'affrontement pendant la suture.

On tâchera de faire l'incision unique et verticale, souvent on en fait de multiples, obliques, sinueuses, en zigzags, à la recherche de paquets variqueux, multiples.

Quand la dissection des veines, menace de produire des décollements, il vaut mieux faire une incision parallèle.

Incisez à petits coups, sans couper l'épaisseur du derme d'un seul coup, pour ne pas ouvrir des sinuosités ou des ampoules, des veines variqueuses qui sont souvent très rapprochées de l'épiderme.

Quand les veines variqueuses sont accompagnées de varices, des capillaires ou des veinules de la peau, l'incision est quelquefois suivie d'une hémorrhagie très abondante. Les pinces sont inutiles dans ce cas. Prendre des écarteurs à griffes et tirer fortement les lèvres de la plaie, on arrêtera immédiatement l'écoulement du sang. Il faut chercher à saisir la veine avec les doigts qui déchirent moins que les pinces, disséquer, en rasant de près, et sitôt qu'il existe une plaie de la veine, la fermer par une pince hémostatique ; il faut bien prendre garde à ne couper aucune des branches anastomotiques, les disséquer, si elles

paraissent malades, jusqu'à leur partie saine et mettre une pince sur chaque vaisseau qui se perd dans la peau.

On rencontre souvent des difficultés dans la dissection des veines, difficultés qui sont dues à diverses causes :

- 1° La nature des veines ;
- 2° Leurs adhérences avec les tissus environnants ;
- 3° Leur contractibilité ;
- 4° Le repos prolongé ;
- 5° L'abondance du pannicule adipeux.

A côté des veines variqueuses, solides et résistantes qu'on peut décoller par traction et quelques coups de bistouri, il y en a d'autres, au contraire, qui sont friables et sans résistance. Elles cèdent à la moindre traction, se rompent à chaque instant, le sang coule. Il faut alors multiplier les pinces et disséquer un peu au hasard.

Quand il n'y a pas d'ulcère ou que l'opération en est loin, la séparation des adhérences est facile, même avec des mauvaises veines.

La paroi veineuse se trouve presque toujours libre dans une grande étendue, souvent même il existe une cavité artificielle dans laquelle on manœuvre aisément à la sonde cannelée et au bistouri. Si l'adhérence est dure, on taille un peu dans la graisse.

Mais dans le voisinage de l'ulcère, la veine est totalement adhérente et sa dissection est hasar-

deuse ; on la blesse ou on la brise souvent, et le sang coule abondamment. Les pinces ne mordent pas dans le tissu induré. Le mieux, pour obtenir l'hémostase est d'inciser dans la direction du vaisseau béant, de circonscrire son orifice par des incisions qui créent des lambeaux sur lesquels la pince puisse se fixer.

On ne s'attend généralement pas à voir la contraction veineuse des variqueuses, gêner l'opérateur et lui créer une difficulté ; c'est cependant ce qui se produit. La rétraction des veines variqueuses sous l'action des instruments et des antiseptiques, est telle qu'on peut se demander si l'on a affaire à une veine malade. La saphène passe du volume du pouce à celui d'une plume de corbeau.

Le repos prolongé (au lit) avant l'opération, le froid même au moment de l'opération, peuvent produire les mêmes résultats, et il faut avoir soin de marquer les paquets variqueux, dès l'arrivée du malade, en passant un pinceau chargé d'une solution de nitrate d'argent sur leur peau.

La graisse gêne quelquefois beaucoup, surtout chez les femmes ; il est alors impossible de voir les veines, il faut les sentir.

« Le temps de l'opération le plus important, dit M. Remy, est la ligature de tous les vaisseaux ; c'est le seul pour lequel nous ayons donné une règle fixe ainsi formulée : *Fermeture de tous les vaisseaux grands et petits.*

La place doit être absolument exsangue :

1° Pour éviter la perte de sang opératoire ;

2° Pour ne pas avoir d'épanchements consécutifs, qui retarde la cicatrisation et menace de suppuration ;

3° Pour éviter l'infection des veines, pendant et encore plus après l'opération.

La ligature des gros vaisseaux qui montent vers le pli de l'aîne, a toujours été de ma part l'objet d'un soin tout spécial. Voici mon procédé :

La ligature en elle-même n'a rien de spécial, si je la fais double, j'emploie du catgut solide, le n° 5 est celui que je préfère, mais je pratique une manœuvre préparatoire toute spéciale.

Saisissant la veine, je tire sur elle autant que possible pendant que je fais rétracter la peau, de façon à placer ma ligature aussi haut que possible. Quand la veine est coupée, la partie liée se rétracte profondément ; elle est devenue en quelque sorte sous-cutanée, elle est aussi éloignée que possible de la plaie. J'espère ainsi mettre le vaisseau à l'abri des germes que les pansements pourraient apporter sur la plaie et j'y ai réussi, puisque chez le malade qui succomba à la lymphangite, les veines baignées dans le pus avaient résisté à l'infection ; cependant, elles n'étaient encore qu'au quatrième jour de l'opération, lorsque les premiers accidents se manifestèrent.

Quant aux petits vaisseaux, leur mode de ligature n'a rien de particulier. »

Ensuite drainage et suture de la plaie au catgut qui a l'avantage de ne pas couper la peau et d'éviter la suppuration.

Pansement : Salol et compresses bouillies et imbibées de sublimé, avec enveloppement dans du taffetas gommé. Isoler le membre par crainte de caillots migrants.

L'opéré ne se lèvera que trois semaines après l'opération.

S'il survient des phénomènes inflammatoires, on suivra la règle de conduite habituelle en pareille circonstance.

CHAPITRE III

MANUEL OPÉRATOIRE

Ligature et résection de la veine saphène interne.

Instruments. — Les instruments nécessaires à cette opération sont : un bistouri, une pince à dissection, quelques pinces hémostatiques, des ciseaux droits et une aiguille à suture. Ces instruments seront bouillis pendant une heure, puis flambés à la flamme de l'alcool.

Antisepsie des mains du chirurgien par un lavage et un brossage soigneux au sublimé, puis au permanganate de potasse et à l'hyposulfite de soude.

On place une bande d'Esmarch sur le membre à opérer. La partie inférieure de la face interne de la cuisse sera rasée avec soin, puis savonnée et lavée au sublimé et enfin passée à l'éther.

Ligne d'incision. — D'abord on explorera avec soin la face interne de la cuisse et on verra une

ligne ombrée de un à deux centimètres d'épaisseur indiquant le passage de la saphène interne. Sur cette ligne on fera une incision de 12 centimètres environ et arrivant à 4 ou 5 doigts au dessus de l'interligne articulaire du genou.

Sur l'extrémité supérieure et sur l'extrémité inférieure de la veine on passe une ligature au catgut.

On saisit alors l'extrémité supérieure de la veine que l'on coupe au dessous de la ligature et on la dissèque jusqu'en bas. A mesure que l'on descend, il se présente quelques collatérales d'une certaine importance qu'on doit lier au catgut également.

Lorsqu'on a ainsi disséqué et libéré tout le segment de veine compris entre les deux ligatures il ne reste plus qu'à donner un dernier coup de ciseaux pour enlever tout ce segment.

Enfin on fait la suture de la peau et on applique un pansement iodoformé.

Anesthésie. — Le chloroforme n'est point nécessaire et, dans le service de M. le docteur Reynier, l'anesthésie est obtenue au moyen des injections de cocaïne.

Remarques. — C'est une opération qui fut faite par Trendelenbourg le premier, et pratiquée en France par M. Reynier avec quelques modifications.

Elle est simple, à la portée de tous les praticiens, et pourvu qu'ils ne fassent pas la moindre infraction aux règles de l'antisepsie, absolument bénigne dans la grande généralité des cas.

Pendant l'opération on rencontrera quelques petits filets nerveux du saphène interne qu'on respectera avec soin, car s'ils étaient blessés, la guérison de la plaie serait douloureuse et il se formerait de petites plaques de gangrène blanche de la peau analogue à celle que l'on produit quelquefois dans les opérations sur l'aisselle, lorsque quelques rameaux du plexus brachial sont atteints.

Un point essentiel et déjà mis en lumière par Trendelenbourg, c'est qu'avant l'opération on devra produire l'ischémie du membre : le chirurgien allemand y arrive par la position inclinée du membre, le pied et la jambe étant fortement élevés le sang se retirant par le fait même de son poids. Dans le service de M. Reynier on arrive à ce résultat d'une façon beaucoup plus rapide et beaucoup plus complète par la bande d'Esmarch.

Chose curieuse et bien digne d'attention, c'est que ni le lendemain, ni les jours suivants, le sang n'afflue dans le réseau vasculaire veineux.

Peut-être pourrait-on l'expliquer à la façon de Trendelenbourg, en disant : les varices sont produites en grande partie, d'abord, par le poids de la colonne sanguine allant du cœur à la jambe,

ensuite, par l'insuffisance des valvules des veines, insuffisance causée par la dilatation préalable.

Puisque, par la ligature et la résection de la saphène on supprime cette pression sanguine, on supprime en même temps une des principales causes de la phlébectasie.

Nous ajouterons, avec M. Reynier: En supprimant la circulation de la veine saphène, nous supprimons, non seulement le département vasculaire où elle prend directement naissance, mais encore un grand nombre de circulations collatérales, et par conséquent nous tendons vers ce but: l'atrophie d'une partie du système veineux.

CHAPITRE IV

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Comme nous l'avons déjà dit, on devra opérer dans les cas où les veines sont tendues, la peau luisante et menace de s'ulcérer en produisant une hémorrhagie abondante, dans les cas où la douleur est violente et gêne d'une façon considérable, si les poches variqueuses par suite d'un développement considérable soit par leur volume, soit par leur aspect sont un tourment de tous les instants ; enfin si le sujet est atteint d'ulcère rebelle à tout traitement.

On pourra encore opérer, si le malade, pour des raisons particulières réclame une opération, car le procédé que nous étudions est inoffensif, si toutefois on opère sous le couvert d'une antiseptie rigoureuse.

Mais cependant il y a des cas où l'on devra s'abstenir.

C'est ainsi que Chaussier raconte le fait d'une

dame, affectée d'asthme, à laquelle il était survenu des varices et du gonflement des jambes. Chaque fois qu'avec son bandage elle voulait comprimer ses jambes qui la gênaient pour paraître à la cour, elle était prise d'étouffements et d'accidents graves qui ne cessaient qu'après l'ablation de la compression. Cette dame, sans doute cardiaque, avait des dilatations veineuses dépendant de la gêne de la circulation générale ; opérer dans un pareil cas serait s'exposer à un désastre.

Briquet tient de Chaussier l'histoire d'une cuisinière qui reconnaissait le début d'une grossesse par le développement de varices : elle n'avait, pour provoquer l'avortement qu'à comprimer ses jambes dans des bandages : elle racontait avoir souvent usé de ce moyen (Schwartz).

« P. Dubois, d'après Budin, insistait dans ses cliniques sur les accidents qui peuvent être la conséquence de la compression des membres inférieurs chez les femmes atteintes de varices, et Depaul lui-même dit avoir vu de petites hémorrhagies utérines et des hémorrhagies pulmonaires se déclarer par l'usage des bas élastiques et disparaître en cessant de les porter. »

Girod rapporte un cas de rétention d'urine chez un homme de 27 ans auquel on appliqua un bandage compressif sur des varices. La rétention disparut dès que celui-ci fut enlevé (1814).

Girod raconte encore un autre fait non moins intéressant : chez une jeune fille, des varices

étaient apparues et grossissaient beaucoup à chaque époque menstruelle présumée, car le sang n'avait pas encore paru ; des essais de compression amenaient régulièrement chez elle des accès de suffocation, qui cessaient dès que le bandage était enlevé.

Tous ces accidents disparurent après l'apparition des règles et les varices cédèrent à la compression méthodique.

Si nous avons donné tous ces exemples, c'est pour montrer à quels accidents on s'exposerait en voulant non seulement appliquer des appareils de compression, mais, surtout, supprimer d'un seul coup toute la circulation veineuse d'une jambe.

On devra donc, au préalable et dans tous les cas, s'enquérir de l'état du cœur, du poumon et des organes pelviens et n'opérer qu'après en avoir constaté l'intégrité.

La phlébite même très localisée sera évidemment une contre-indication formelle.

Dans la suite on conseillera au malade de porter un bas élastique pour lutter par tous les moyens contre cet état variqueux ; enfin s'il est alcoolique, syphilitique, arthritique, il devra suivre le traitement adopté dans ces différents cas.

Quels sont les résultats de cette opération ? Par la résection de la saphène interne, avons-nous guéri radicalement notre variqueux ? Evidemment

non, et la meilleure preuve c'est que l'opéré devra dans la suite porter un appareil de compression.

Mais le grand avantage qu'il en a retiré c'est qu'il ne souffre plus ; la station debout, la marche, les travaux de toutes sortes lui sont devenus possibles : tous les opérés ont la même expression : Je n'ai plus les jambes fatiguées.

Les ulcères guérissent rapidement. Evidemment le repos à l'hôpital y est pour beaucoup, mais ce qu'il y a de certain, c'est que la récurrence en est évitée ou retardée d'une façon considérable.

C'est ce dont on pourra se rendre compte en lisant les observations qui font l'objet de notre chapitre V.

Les neuf premières observations ont été prises dans le service de M. le Dr Reynier ; les six dernières dans celui de M. le Dr Remy.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Camus, 52 ans, mécanicien.

Depuis l'âge de 18 ans, le malade est atteint de varices surtout marquées à la jambe gauche. Il n'en avait jamais souffert jusqu'il y a quelques mois. A cette époque il éprouve des douleurs assez vives aux membres inférieurs, douleurs qui ne disparaissent que par le repos au lit, mais qui s'exagèrent par la marche, la station debout, et rendent son travail difficile. Il vient réclamer une intervention que lui a conseillée un de ses camarades, qui a été opéré dans le service du docteur Reynier, quelques mois auparavant et qui s'en est bien trouvé.

A son entrée, on constate que les veines sont peu marquées à la jambe droite, si ce n'est à la partie postérieure où existent quelques veines variqueuses superficielles.

A gauche, au contraire, les veines sont très développées ; à la partie supérieure de la jambe existent de gros paquets variqueux. Le malade n'a jamais eu d'ulcères, ni de lésions cutanées.

8 Juillet. Ligature et résection de la veine saphène gauche après avoir fait l'ischémie préalable de la jambe avec la bande de caoutchouc. La saphène est réséquée, à la partie inférieure de la cuisse, sur une longueur de 6 centimètres. On fait la ligature de trois troncs veineux qui se rendent à la partie réséquée. Suture sans drainage des lèvres à l'incision. Pansement iodoformé.

15 Juillet. Enlèvement des points de suture. La plaie est réunie. Sort guéri le 25 juillet.

Revu au mois d'octobre, le malade se dit très soulagé. Il a porté des bas à varices à la suite de son opération, et il constate que la marche est plus facile, les douleurs ont disparu, or on ne peut mettre cette amélioration sur le port des bas à varices. Car le malade a porté depuis son opération ces bas très irrégulièrement, et avant son opération il en avait porté sans éprouver cette disparition de malaises qu'il reconnaît depuis l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION II

Fleuriet Jules, charcutier, 32 ans. Entré dans le service le 20 mars 1892. Aucun antécédent syphilitique. Alcoolisme reconnu par le malade. Depuis trois ans il porte un ulcère variqueux de la jambe droite à la face interne du tibia, ulcère de 8 centimètres de diamètre. Varices prononcées, mais pas de paquets variqueux.

10 avril. — L'ulcère est un peu moins étendu, par le fait du repos au lit, et des pansements iodoformés. Cependant l'amélioration est peu marquée.

12 avril. — Résection de la saphène interne, après ischémie du membre, au dessus du genou sur une étendue de

5 à 6 centimètres. La veine a des parois épaisses, dures, elle est toutefois peu volumineuse.

22 avril. — Ablation des points de suture. Guérison sans drainage par première intention.

15 mai. — L'ulcère n'est pas encore complètement guéri. Il est très diminué. On le panse avec de la poudre de carbonate de fer.

L'ulcère est en bonne voie; mais on ne peut pas affirmer qu'il aille beaucoup plus rapidement que les ulcères qui sont traités par le repos sans résection de la saphène.

Le malade quitte l'hôpital le 26 juillet 1892. Il n'a pas été revu.

OBSERVATION III

Kung Nicolas, 31 ans, maçon. Entré le 29 février 1892. Alcoolique. Pas de syphilis antérieure.

Entré à l'hôpital pour un ulcère variqueux de la jambe gauche siégeant à la partie interne du 1/3 inférieur de la jambe. Varices volumineuses au mollet, et à la face antérieure de la jambe.

13 mars. — Résection de la saphène interne sur une étendue de 6 centimètres.

25 mars. — L'ulcère est complètement cicatrisé. Etant données les dimensions de cet ulcère, qui avait environ quatre centimètres de diamètre à l'entrée du malade; il semblerait que la résection aurait eu une action favorable sur la cicatrisation. En tout cas, au moment de la sortie, les veines de la jambe ont considérablement diminué.

Le malade a été revu au mois de septembre. Il n'a pas porté de bas à varices, et, toutefois, le mieux a continué.

L'ulcère n'est pas revenu et les veines sont restées très diminuées de volume.

OBSERVATION IV

P... Léonard, 39 ans, boucher. A eu la syphilis.

Varices prononcées aux deux jambes, surtout à gauche. Douleurs en marchant ; dans la station debout, que nécessite son état.

Le 26 juillet, résection de la veine saphène interne, à droite et à gauche. Après ischémie du membre par la simple élévation.

Le malade sort le 15 août. Les veines sont considérablement diminuées. Le malade revu au mois d'octobre se déclare très satisfait de l'intervention.

Les varices sont très diminuées, et le malade reste plus longtemps debout sans éprouver les douleurs qu'il ressentait auparavant.

OBSERVATION V

Legay Alphonse, 62 ans.

Entré à l'hôpital Tenon, le 5 février 1892. Pour deux ulcères variqueux de la dimension d'une pièce de deux francs, siégeant à la face interne et moyenne de la jambe droite. Ces ulcères datent de trois mois, et ont succédé à un léger traumatisme de la jambe.

Il a eu la jambe écorchée en tombant entre des bancs de bois. Il n'y prit pas garde, et peu à peu la plaie s'agrandit et prit les dimensions qu'elle a maintenant. L'ulcère a la largeur de la paume de la main.

Les veines de la jambe sont variqueuses ; il n'y a pas cependant de gros paquets variqueux. La veine saphène interne est dilatée de la grosseur de l'index, faisant saillie sous la peau.

Le 20 février, résection de la saphène sur une étendue de 5 à 6 centimètres au dessus du condyle interne.

27 février. — On enlève les points de suture. Réunion dans toute l'étendue ; mais on voit sur la ligne de réunion, deux ou trois points de sphacèle blanc gros comme des lentilles.

10 mars. — Les points de la peau sphacelée se sont éliminés et la plaie est à l'heure actuelle complètement cicatrisée.

L'ulcère s'est sensiblement modifié ; la résection de la veine paraît avoir activé sa cicatrisation.

Il quitte l'hôpital le 17 mars 1892, complètement guéri. On a revu au mois de novembre ce malade ; les varices sont considérablement diminuées ; le malade de lui-même accuse un mieux sensible. Il n'a pas porté de bas à varices régulièrement. Lorsqu'il a quitté l'hôpital, on lui en avait donné, mais il les a trouvés gênants et il ne les met pas régulièrement. Malgré cela le mieux persiste.

OBSERVATION VI

R... Louis. Entré le 13 janvier 93.

Syphilis à 22 ans. Père variqueux.

A 18 ans apparaissent des varices aux deux jambes.

A 23 ans, en 1884. Ulcère variqueux sur la face interne de la jambe, au-dessus du cou de pied droit, ulcère qui un an après dépassait les dimensions d'une pièce de 5 fr.

Guérison de l'ulcère par compresses phéniques. En 1888, réapparition de l'ulcère. Il se rend chez le docteur Rémy, qui soigne d'abord l'ulcère avec des bandelettes de drachylon, et obtient sa guérison. Le docteur Rémy pratique ensuite la ligature de 5 gros paquets variqueux, non situés sur le trajet de la saphène interne. A la suite de cette opération, il persiste de gros paquets variqueux, qu'on lui enlève en 1890, en Belgique. En 1890, varicocèle gauche qu'on opère à Marseille. En même temps on lui enlève le testicule gauche, soi-disant parce qu'il était atrophié !!...

En décembre 1892, un nouvel ulcère se forme du même côté, côté droit, que celui qui avait été précédemment traité par le docteur Rémy.

Il entre dans le service le 13 janvier 1893. L'ulcère à son entrée était de 5 centimètres de diamètre.

Traitement avec le carbonate de fer.

Le 6 février, l'ulcère est fermé. Mais il persiste toujours des paquets variqueux, aux deux jambes.

Le 14 février, on pratique la résection de la veine saphène de chaque côté. Du côté droit on ne fait que la résection de la veine saphène. Du côté gauche on fait en même temps la résection d'un paquet variqueux, situé à la face interne de la jambe au-dessous du genou.

Réunion par première intention.

Le malade a été revu. L'ulcère ne s'est pas reproduit et il constate une grande amélioration dans son état, amélioration qui ne lui avaient pas donnée les opérations précédentes.

OBSERVATION VII

Menier Nicolas, journalier, 48 ans, alcoolique. Ulcère de jambe datant de 4 ans, s'étant fermé à deux reprises, mais se reformant dès que le malade quittait le lit.

Résection de la veine saphène droite, du côté de l'ulcère, le 4 février 1893. Le 22 février il sortait guéri. Son ulcère large comme la paume de la main à son entrée, s'est guéri relativement vite. Il est difficile toujours de dire si la ligature et la résection de la veine saphène ont accéléré cette guérison.

Le malade devait revenir si son ulcère se reproduisait. On ne l'a pas revu ; ce qui ferait penser que sa jambe est restée cicatrisée.

OBSERVATION VIII

Greffet Antoine, entré à l'hôpital le 29 août 92, 70 ans. Il a des varices depuis l'âge de 20 ans. Elles ont d'abord apparu sur la jambe gauche. C'est sur cette jambe que la première ulcération s'est produite à l'âge de 50 ans, au niveau des malléoles. La jambe droite ne s'est ulcérée qu'en 1880. L'ulcère du côté droit s'est alternativement ouvert et refermé ; il persiste toutefois depuis 18 mois. Quand le malade entre à l'hôpital, il siège au-dessus des malléoles, à la face interne de la jambe, et mesure 5 centimètres de hauteur sur 3 centimètres de largeur.

L'ulcération gauche reparait périodiquement tous les mois ; l'ulcération de ce côté est de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Résection des deux veines saphènes internes sous la bande d'Esmarch, qui a eschémié préalablement le membre. Résection de 10 centimètres de la veine de chaque côté, et ligature de plusieurs veines qui viennent se jeter dans le bout réséqué.

Pansement des ulcères avec la gaze iodoformée. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri le 15 septembre. Les ulcères se sont cicatrisés assez rapidement.

Nous avons revu le 15 novembre le malade. Il a porté depuis sa sortie des bas à varices. Les ulcères ne se sont pas reproduits et le malade est très satisfait de son opération.

OBSERVATION IX

Fusy, Auguste, balayeur, 61 ans, entre à l'hôpital.

Depuis deux ans, il est atteint de varices très prononcées de la jambe, avec ulcère de 6 à 7 centimètres de diamètre.

Il fut opéré le 8 février 1893. Résection de la veine saphène interne sur une longueur de 10 centimètres.

Il sort guéri le 6 mars. L'ulcère est guéri rapidement.

Le 20 avril, il nous écrit qu'il ne souffre plus en aucune façon. Il marche beaucoup sans fatigue et l'ulcère n'a pas reparu.

Enfin il se félicite d'avoir été opéré.

OBSERVATION X

Le nommé Julien (Jules), employé de commerce, à la suite de quelques grattages, vit en 1878, survenir un

petit ulcère à la jambe gauche, qui fut long à se cicatriser.

Deux ans après, en 1880, le malade est classé dans les services auxiliaires pour varices.

Jusqu'en 1886, malgré son travail, qui exige la station debout continuelle, aucune gêne ne s'était manifestée.

A cette époque, les jambes ont subitement enflé. Quatre jours après, tout était revenu à l'état normal, sans que le malade ait été obligé d'interrompre son travail.

Après plusieurs accidents de ce genre, il entre à l'hôpital, dans le service de M. Remy, le 22 mars 1890. On fait une incision, sur la face interne de la jambe, partant d'un point situé à quelques doigts au dessous du genou, et descendant jusqu'au milieu de la jambe. Une petite incision de dix centimètres sur la crête du tibia, et une autre au-dessus des malleoles. Dissection et résection des veines variqueuses. Pansément iodoformé.

Le 18 avril, la cicatrisation est incomplète.

M. Remy l'a revu au mois de novembre 1890, et malgré quelques varicosités, l'état du membre est considérablement amélioré.

OBSERVATION XI

Le nommé Planel Antoine, 24 ans, était atteint de varices apparentes seulement après 3 ou 4 heures de station debout.

Nulle gêne, même après une grande fatigue. Cependant il fut refusé à la préfecture de police.

Il vint alors dans le service de M. Remy, réclamer une intervention. Il fut opéré le 26 novembre 1890. Extirpation

de petites varices sur une étendue de 15 centimètres à la jambe gauche. Pansement salolé.

Il sort guéri le 14 décembre 1890.

Le 15 mai 1892, il écrivait à M. le docteur Remy :

« Je suis heureux de vous apprendre que le résultat de votre opération de mes varices est des plus satisfaisants.

Je n'ai jamais ressenti aucune douleur ni éprouvé de fatigue dans l'exercice de mes fonctions qui m'obligent pourtant à être longtemps sur mes jambes. La jambe gauche est revenue complètement à son état naturel et n'est pas défectueuse.

En un mot, Monsieur le docteur, je suis on ne peut plus content du merveilleux résultat de l'extirpation de mes varices.

Je n'oublierai jamais le précieux service que vous m'avez rendu en m'enlevant mon infirmité, et vous prie, Monsieur, d'agréer, etc..... »

OBSERVATION XII

Dhiel Jean-Louis, âgé de 23 ans, était atteint de varices des faces postérieure et interne de la jambe gauche, et d'une hernie inguinale gauche.

Refusé une première fois au service militaire, il vint demander à M. le docteur Lucas-Championnière de le guérir ; il subit avec succès la cure radicale de sa hernie.

Ensuite il entre dans le service de M. le docteur Remy et est opéré pour ses varices. L'opération fut suivie de guérison complète.

Sur sa demande, le 4 mars 1890, le malade est admis à faire son service militaire.

OBSERVATION XIII

Richardot, âgé de 23 ans, maçon, sa mère et son frère sont atteints de varices.

Lui-même a été refusé au conseil de revision pour la même cause.

La seule gêne provoquée par les varices était une légère douleur dans la flexion du genou après une journée de fatigue.

En juin 1890, après un coup reçu au tiers inférieur de la jambe droite (face interne) il se produisit un ulcère qui ne se ferma jamais.

En novembre, il entre dans le service du docteur Remy, parce que cet ulcère s'agrandissant de jour en jour; autour de l'ulcère primitif apparaissaient de nouvelles petites ulcérations.

Il fut opéré le 24 novembre. Chloroforme.

Le 18 décembre la guérison est complète. Il s'engage ensuite dans la légion étrangère et écrivait à M. Remy, le 5 novembre d'Aïn-Ben-Khelil (Algérie.)

« Vous m'avez opéré des varices en 1890-91 et je suis très bien guéri. J'avais été réformé et maintenant je suis soldat; je fais des marches de 20, 30 jours et 30 kilomètres par jour, et avec le sac et tout (*sic*), je ne ressens pas de fatigue, etc..... »

OBSERVATION XIV

Le nommé Hacksmel Joseph, âgé de 55 ans, charpentier,

entré le 1^{er} novembre 1870, à l'infirmerie de la maison départementale de Nanterre.

Varices depuis 1870-71.

L'année suivante ulcères, durée de deux ans.

Repos chez lui et guérison.

De nouveau le malade fait un métier pénible, alors dans la soirée ses jambes gonflaient. Dès ce moment, il eut de la gêne pour marcher, 1886. En même temps il ressent des douleurs aux jambes, douleurs qu'il attribue à un rhumatisme.

Les varices avaient beaucoup augmenté de volume.

Bas à varices montant jusqu'au-dessus du genou. De nouvelles varices se montrèrent alors à la limite supérieure du bas.

Il y a trois ans, le malade ne peut plus ni marcher, ni se tenir debout.

Entré le 1^{er} novembre 1890, varices très volumineuses surtout à la face interne des jambes. Traces d'ulcères à la partie inféro-interne aux deux jambes.

Opération, 21 janvier, jambe droite.

Au bout de 30 jours, guérison sans accidents.

Opération, 23 février, jambe gauche.

Guérison au bout de 30 jours.

Le malade a été revu au mois de mai 1892, les douleurs ont disparu complètement ; le malade marche toute la journée sans souffrance et a gardé un bas élastique par précaution.

OBSERVATION XV

Le nommé Nicolas Gouvot, âgé de 33 ans, gardien de la paix, entré le 10 mars dans le service de M. le docteur Remy, le 10 mars 1870.

Antécédents héréditaires : Son père, cultivateur, avait eu d'énormes varices qui, vers l'âge de 50 ans, l'empêchent de travailler. A la suite d'une phlébite, il dut se servir de béquilles.

Antécédents personnels : Pas de maladies.

Le malade fait quatre années de service en Afrique pendant lesquelles il fait de longues marches avec tout l'équipement de campagne sur les épaules. C'est pendant ce temps qu'il s'aperçut de ses varices à la jambe gauche. A ce moment il n'en fut jamais incommodé.

Il y a deux ans, le malade fut nommé sous-chef de gare. Le travail était très dur. Après chaque vingt-quatre heures de service, le malade ne pouvait plus marcher.

Depuis cinq mois le malade a changé de métier, il est gardien de la paix et le service étant loin d'être pénible, le malade ne souffre presque plus de ses varices.

S'il vient se faire opérer, c'est sur les conseils de son médecin qui lui fait entrevoir que dans quelques années les varices ayant augmenté de volume on pourra le mettre à la retraite d'office sans traitement.

Le malade entre le 10 mars.

Au repos on ne remarque pas la saillie des veines, mais si on fait marcher le malade pendant quelques instants, de nombreuses sinuosités bleuâtres soulèvent la peau de la jambe gauche dans sa face interne.

La saillie des veines est marquée sur la peau au nitrate d'argent.

Le 13 mars, opération. Chloroforme.

Le 30 mars le malade sort guéri, il a été revu en 1893 et la guérison ne s'était pas démentie.

CONCLUSIONS

La ligature avec résection partielle de la saphène interne comme traitement des varices du membre inférieur :

1° Est une opération bénigne (sous le couvert de l'antisepsie) ;

2° D'un manuel opératoire plus simple que les autres ;

3° D'un résultat plus complet ;

4° Elle procure un soulagement immédiat, rend possible la station debout, la marche, etc.

5° Hâte la guérison des ulcères et en prévient la récurrence dans une certaine mesure ;

6° Elle est praticable dans la plupart des cas.

BIBLIOGRAPHIE

- Paré (A.)*. — Des varices et le moyen de les couper.
Chap. xx. Œuvres d'A. Paré, 12^e édition. Lyon, 1614.
- Petit (J.L.)*. — Œuvres posthumes de chirurgie. Paris, 1774.
- Briquet.* — Traité de phlébeclasia. Archives de médecine,
1825.
- Bonnet. (A.)* — Mém. sur le traitement des varices des
membres inférieurs. In archives gén. de méd. 1839,
3^e série.
- Valette (de Lyon).* — Des varices, traitement par la cauté-
risation et les injections intraveineuses. In Clini-
que chirurgicale, 1875.
- Rigaud.* — Communication à la Société de chirurgie, 1875.
- Michaud.* — Etude sur le traitement curatif des varices.
Thèse de Paris, 1877,
- Weinilechner.* - Chirurgische mittheilungen. In Allge-
mein. Wiener med. Wochenschr., 1877.
- Marshall.* — The Lancet, 23 janvier 1875.
- Davis Colley.* — Guy's Hospital. Report XX.
- Annandale.* — Brit. med. journ., 21 juin 1879.
- Schede.* — Berlin. Kl. Woch. n^o 7, 1877.
- Reisel.* — Centralblatt für chirurgie, p. 619, 1877.
- Lucas-Championnière.* — Chirurgie antiseptique. Cure
radicale des varices, 1880.

- Quenu.* — Etude sur la pathogénie des ulcères variqueux.
In Revue de Chirurgie, 1882.
- Terrillon.* — Veines profondes et coup de fouet. In Bulletin
de thérapeutique, 1882.
- Madelung.* — Ueber die Ausschälung cirsoïder varicen an
den unteren Extremitäten, 1884.
- Schwartz.* — Dictionnaire de Jaccoud. (Art. varices), 1885.
- Ricard.* — Gazette des hôpitaux, 1890.
- Cerné,* de Rouen. — Cure radicale des varices. Lecture à la
Société de chirurgie, 15 oct. 1890.
- Trendelenburg.* — Beitrag. z. Klin. Chir. Rübingen, 1890.
- Archambaud.* — Thèse de Paris, 1891.
- Charrade.* — Thèse de Paris, 1892.
-

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

